LELAND STANFORD
AUG
30
1900

Ueber

Dermatitis exfoliativa universalis.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt und nebst den beigefügten Thesen öffentlich vertheidigt

Mittwoch den 22. December 1897, Vormittags 3/4 11 Uhr

von

Bruno Czibulinski,

z. Zt. einjährig-freiwilliger Arzt beim Kürassier-Regiment Graf Wrangel (Ostpr.) No. 3.

Opponenten:

Herr Dr. **Günther**, prakt. Arzt in Königsberg,
Herr cand. med. **Giere**.

Königsberg i. Pr.
Druck von M. Liedtke, Vorder-Rossgarten No. 25.
1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153514_0131

Seinen lieben Eltern

gewidmet

vom

Verfasser.

Von den vielen Streitfragen aus dem Gebiete der Dermatologie und Syphilidologie könnten einige als internationale bezeichnet werden, da ganze Nationen sich in der Beantwortung gegenüberstehen. Das zeigt sich vielleicht am deutlichsten in der Frage nach der Aetiologie der area Celsi, die allem Anscheine nach jetzt sehr verbreitet auftritt. Es ist garnicht so lange her, dass volle Einigkeit darüber zu bestehen schien, dass die alopecia areata ein nicht ansteckendes Leiden unbekannter oder, wie man meistentheils sagte: trophoneurotischer Herkunft sei. Aber seit einer kleinen Anzahl von Jahren haben viele französische Forscher, ohne Widerspruch bei einem ihrer Landsleute zu erfahren, das Leiden für ansteckend erklärt; oder doch aus sorgsamen Beobachtungen erschlossen, dass oft Uebertragung durch Kämme, Kleidungsstücke oder ähnliche Gebrauchsgegenstände und vielleicht noch direkter durch körperliche Berührung stattgefunden hat.

Dem Berichte, dass in Kasernen, in Schulen nach Eintritt eines an area Celsi Leidenden bald Massenerkrankungen folgten, dass nach dem Besuche eines kranken Gastes auf einsamem Landhause bald Familienmitglieder und Dienstboten in gleicher Weise erkrankten, ist garnicht zu widersprechen, zumal da Meister der

Beobachtung, wie Besnier, solche Mittheilungen machten. Im Gegensatze dazu hat anscheinend kaum ein Deutscher oder Deutsch-Oesterreicher bisher Aehnliches gesehen, wie auch die Nachforschungen bei so Erkrankten in der hiesigen Poliklinik für Hautkranke keinen einzigen Fall von Ansteckung erweisen konnten, und so ist es denn diesseits der Vogesen bei der alten Lehre von der trophoneurotischen Natur der area Celsi geblieben. Es braucht nicht ausgeführt zu werden, wie verschieden sich darnach die Prophylaxe hüben und drüben gestaltet.

Fournier und die allermeisten französischen Syphilidologen halten daran fest, dass eine Reinfection mit syphilitischem Gifte unmöglich sei; der einmal inficirte Körper sei für alle Zeit dagegen gefeit; freilich auch ebenso lange vor Recidiven nicht absolut gesichert. Vergebens haben viele andere, besonders deutsche Aerzte — darunter Professor Caspary — sichere Fälle von Reinfektion mitgetheilt, und damit die frohe Botschaft sicherer Heilbarkeit der schweren Krankheit verkündet; der Widerspruch der Franzosen ist nicht verstummt.

Andererseits wurde es den französischen Forschern schwer, den herpes tonsurans squamosus und maculosus Hebra's aus der Gruppe der Trichophytien auszuscheiden. Bald nachdem Gibert die pityriasis rosea als jenen Formen identisch und doch nicht durch das Trichophyton hervorgebracht beschrieben hatte, wurde ihm die einmüthige Zustimmung seiner Landsleute zu theil. Aber nur langsam und spät ist ihm eine Anzahl deutscher Dermatologen gefolgt; die Gibert'sche Auffassung ist es, die ich in den Vorträgen an der hiesigen Hautpoliklinik gelehrt bin, wo nie in einem hierher gehörigen Falle die

Pilze mikroskopisch oder übertragbar gefunden wurden. Für Kaposi und viele andere in Deutschland giebt es auch heute keine pityriasis rosé, keine ätiologische Trennung der Hebra'schen herpes tonsurans-Form, während sie in England (Radcliff Crocker), in Amerika (Dühring) angenommen wird.

Seit vielen Jahren geht der Streit über die Existenz der von Dühring in Amerika zuerst beschriebenen Dermatitis herpetiformis; seit 1889, dem Jahre des ersten internationalen dermatologischen Congresses in Paris über die Existenz der von Franzosen beschriebenen pityriasis pilaris rubra; beide meist als eigene Krankheiten aufgefasst, beide energisch von Kaposi und seinen vielen Anhängern als solche bestritten und unter lange bekannte Dermatosen eingereiht.

Zu diesen strittigen Eigenformen gehört nun auch die dermatis exfoliativa universalis. Der Streit ist hier, wie bei den meisten vorher erwähnten Fragen, nicht so bedeutungsvoll für das ärztliche Handeln wie etwa bei der area Celsi, bei der mit der Annahme der Contagiosität ganz bestimmte Wege vorgezeichnet sind. Aber es wird leicht ersichtlich sein, dass durch die Auffassung die Prognose doch sehr wesentlich berührt wird, also immerhin auch in praktischer Hinsicht die Entscheidung belangvoll sein kann.

Der Name der dermatitis exfoliativa findet sich seit zwanzig Jahren in allen Lehrbüchern der Dermatologie, aber fast ausschliesslich mit dem Zusatze „neonatorum". Damals beschrieb sie der Prager Kinderarzt Rittershain,

der mehrere hundert Fälle aus dem Prager Findelhaus mittheilte. Seither ist der Name allgemein angenommen und auch die Beschreibung Rittershain's oft wiederholt, dessen sehr variirende Fälle von einander fast so weit abstehen wie die verschiedenen Arten des Eczems. Ich gebe die Schilderung Professor Caspary's wieder, die ich seiner casuistischen Mittheilung im Archiv für Dermatologie 1883 entnehme: „Nach völligem oder nahezu völligem Ablauf der normalen Abschilferung der Haut des Neugeborenen, am Ende der ersten bis zum Ende der fünften Woche beginnend, Eintritt einer ausgebreiteten, meist in kurzer Zeit universellen Hautröthe, die vielfach von vorneherein dunkel gefärbt ist und gewöhnlich in der unteren Gesichtshälfte beginnt. In schneller Folge tritt nun eine Lockerung der Epidermis oder gewisser Epidermisschichten ein, der Art, dass in den leichten Fällen nur klein- und fetzenförmige Abhebung von Epidermis stattfindet, in sehr vielen solche durch flüssiges Exsudat in umschriebenen Formen von Bullen und Pusteln eintritt, in den schwersten Fällen Abhebung durch Flüssigkeit in weiten Strecken stattfindet. Das Wesentlichste bleibt, die mehr weniger verbreitete, meist fast universelle Abhebung oder Abhebbarkeit (durch den geringsten Druck, durch Reiben der Kleidungsstücke u. s. w.), also Loslösung und Lockerung von Epidermisschichten auf geröthetem Boden. Eine weitere wichtige Eigenthümlichkeit ist die, ob auf weiten Strecken die Oberhaut durch Flüssigkeit abgehoben ist, oder nur trockene Trümmer losgestossen werden, ob durch Borken und Rhagaden das Gesicht und andere Stellen getroffen

und schmerzhaft gemacht sind oder nicht, der Verlauf immer fieberlos ist, die sonstigen Funktionen, soweit sie nicht mechanisch behindert sind (Rhagaden und Borken der Mundwinkel) oder unabhängig davon complicirt, normal erscheinen. Nachkrankheit. Eczeme, Furunculose. Prognose: im ganzen eher gut."

Wie ich durch meinen eben genannten geehrten Lehrer in seinen Vorlesungen hörte und den Abbildungen, die er vorzeigte, entnahm, könnte man noch eine Dermatose beim Neugeborenen dermatitis exfoliativa nennen. Denselben Krankheitszustand, den Kaposi ichthyosis sebacea oder seborrhoea squamosa neonatorum nennt. Ich gebe die Schilderung Kaposi's in der vierten Auflage seines Lehrbuches 1893: „In den seltenen Fällen universeller seborrhoe des Neugeborenen erscheint die Haut schon wenige Stunden nach der Geburt braunroth, atlasartig glänzend, wie gefirnisst oder nach Hebra's Vergleich wie ein halbgebratenes cochon-de-lait. Es bilden sich im Gesicht von den Mundwinkeln her, über den Gelenken, in den Backenfalten schmerzhafte Risse, die Starrheit des Mundes und der Nase, die Schmerzhaftigkeit der Rhagaden machen das Saugen unmöglich; die Kinder gehen binnen wenigen Tagen an Inanition und Wärmeverlust zu Grunde, wenn ihnen nicht durch ausgiebiges Einfetten und Erweichen der Inkrustationen sowie durch künstliche Erhaltung der Körperwärme Hilfe gebracht wird.

Nach der Auffassung des Herrn Professor Caspary handelt es sich in diesen Fällen um eine wirkliche Dermatitis, der man füglich den Namen dermatitis exfolia-

tiva universalis geben könnte, zum Unterschiede von der Rittershain's vielleicht mit dem Zusatze „ex seborrhoea". Auch bei der Krankheit Rittershain's nimmt übrigens Kaposi an, es liege nur eine Steigerung der physiologischen Exfoliation der Epidermis vor, während sonst angenommen wird, es handle sich um eine dermatitis. Und nach der Beschreibung Kaposi's, nach den Bildern der sogenannten ichthyosis sebacea finde ich die Aehnlichkeit, die Herr Professor Caspary seinen Schülern gegenüber betont, mit universellem eczem, mit pemphigus foliaceus so gross, dass ich auch glauben muss, es handle sich um einen die normale Exfoliation complicirenden Zustand.

Aber auch bei älteren und bei erwachsenen Personen sind Krankheitszustände bekannt, die man dermatitis exfoliativa nennen könnte und mit gutem Recht so zu nennen unterlässt.

Hier ist vor Allem die pityriasis rubra Hebra's zu nennen, eine zum Glück äusserst selten auftretende Krankheitsform, aber als eigenartig von dem genialen Gründer der Wiener dermatologischen Schule beschrieben und allmählich nach langem Streit fast allseitig anerkannt. (Radkliff Crocker macht noch 1893 in seinen diseases of the skin eine unrühmliche Ausnahme.) Ich habe nie einen solchen Fall gesehen, wie er auch in den fünf Jahren, die die hiesige Poliklinik für Hautkranke besteht, nicht zur Beobachtung kam. Ich beschränke mich darauf anzuführen, dass es sich um eine chronisch verlaufende, mit universeller Hautröthe, die an manchen Stellen bläulich gefärbt erscheint, uud feiner Schuppen-

bildung verlaufende Krankheit handelt, bei der die Haut nie Knötchen, Bläschen oder Pusteln zeigt, nie eine Infiltration, sondern allmählichen Uebergang in Schrumpfung zugleich mit Verfall der Kräfte und Tod durch Marasmus mit oder ohne dazugetretene Pneumonie, Diarrhoe, Tuberculose. — Bei dem Mangel einer entzündlichen Infiltration, mag auch zeitweise durch Oedem oder Schuppenauflagerung lokale Schwellung entstanden sein, ist die pityriasis rubra jedenfalls nicht als eine echte dermatitis exfoliativa zu betrachten.

Viel eher verdienen diesen Namen die nahezu universellen Infiltrationszustände, die gewöhnlich mit grossblättriger Schuppung einhergehen, wie wir sie bei heruntergekommenen, durch alte Hautleiden in der Beschaffenheit der Körperdecke und des Allgemeinbefindens geschwächten Individuen mit psoriasis, eczem, pemphigus, lichen ruber finden. Gewiss handelt es sich in solchen Endzuständen um eine entzündliche Infiltration der überall mächtig schuppenden Haut. Aber jedenfalls kann von einer echten, einer primären dermatitis exfoliativa universalis hier nicht gesprochen werden, ob man nun annimmt, dass es sich im Einzelfalle um Steigerung der ursprünglichen Dermatose oder um Zutritt einer Gesammtentzündung der Haut handelt.

Ich erwähne zum Schlusse der bekannten Formen einer exfoliirenden dermatitis die toxisch entstandenen, zu den Arzneiausschlägen gehörenden. Solche Formen sind nach minimalen Dosen besonders von Chinin und Quecksilber beobachtet worden. Ich führe nur ein Beispiel an aus einem Vortrage des Herrn Professor

Caspary auf dem Leipziger Congresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft 1891, der im Congressberichte veröffentlicht ist. Eine dreissig Jahre alte Frau aus Russland war wegen eines Recidives von Syphilis in Behandlung gekommen, und da sie nicht bleiben mochte oder konnte und ernste Kuren zu hause nicht anwendbar waren, so war hydrargyrum tannicum oxydulatum, Morgens und Abends je 1 dcgr, verordnet worden. Noch am Abende desselben Tages nahm sie in Königsberg ein Pulver; nach etwa sechs Stunden trat Fieber ein; am nächsten Morgen fand sie Herr Professor Caspary mit einem kolossalen Erythema searlatiniforme, das im Gesicht darum noch scharlachähnlicher aussah, weil um Mund und Nase die blasse Haut gegen die rothglänzenden Wangen stark abstach. Die Röthung war fast universell, doch sah man an den Extremitäten eine Reihe erhabener, meist rundlicher Erytheme ganz verschiedener Grösse von noch gesunder Haut umgeben. Der Pharynx war intensiv geröthet, weicher Gaumen und Gaumenbögen ziemlich frei, Fieber 39,5 °C. (Abends 40°) und das entsprechende Allgemeinbefinden. Die bekannte Anamnese ergab sofort die Diagnose durch die Rückfälligkeit desselben Exanthems bei wiederholter Anwendung des Arzneimittels. Herr Professor Caspary hatte die Frau zwei Jahre früher am ersten Schub schwerer, vernachlässigter, d. h. verkannter Syphiliden behandelt, hatte ihr im Colleg eine Injektion salicylsauren Quecksilbers gemacht und wenige Stunden darauf ein gerade so starkes Erythema universale entstehen gesehen wie dieses Mal. Nach dessen Abblassen war die Injektion

wiederholt worden, nicht experimenti causa, sondern weil Inunktionen bei den weitverbreiteten ulcerösen Syphiliden kaum möglich und eine energische Kur geboten war. Danach war ein schwächeres, schneller abheilendes Erythem und die späteren Male gar keins mehr aufgetreten. — Aus dem Verlaufe bei der neuen Kur sei nur hervorgehoben, dass ein Mal das Fieber nach sechsunddreissig Stunden verschwunden war, das Exanthem abblasste, reiche Abschuppung folgte; ferner, dass die Erythemflecken an den Extremitäten bei der Rückbildung zum Theil zierliche Ringfiguren bildeten, wie die Effloreszen des Erythema multiforme; endlich, dass das diesmal absichtlich gemachte Experiment, das Erythem wieder hervorzurufen, vollkommen missglückte. Nach Ablauf der Abschuppung am zehnten Tage wieder beginnende Medikation von täglich 2 dcgr des Quecksilberpräparates führte zu keinem Ausschlage mehr.

Gewiss hätten wir das Recht, ein solches Erythema scarlatiniforme als dermatitis exfoliativa zu bezeichnen; aber wir thun gewiss gut, dem bisherigen Gebrauche zu folgen und statt einen neuen, vielleicht verwirrenden Namen einzuführen, diese Fälle auch ferner als eine besondere Abart der Arznei-Exantheme zu betrachten.

Nun bleibt die Frage: Giebt es eine echte, primäre dermatitis exfoliativa universalis ausser der von Rittershain bei Neugeborenen beschriebenen? Und damit kehren wir zu der am Anfange hervorgehobenen internationalen Differenz zurück.

Alle Kundigen werden zugeben, dass Kaposi wie einer der Führer der heutigen Dermatologie so auch

einer der aller Erfahrensten ist, der in den vielen Jahren seiner specialistischen Thätigkeit ungezählte Tausende von Hautkranken gesehen hat. Nun ist es gar nicht lange her (1887 in der dritten Auflage seines Lehrbuches), dass Kaposi nicht ein Wort zu sagen hatte über eine primäre Dermatitis exfoliativa universalis ausser über die Rittershain'sche Erkrankung der Neugeborenen. In der vierten Auflage (1894) giebt er im Anschluss an die eben genannte Kindererkrankung folgenden Nachtrag, den ich ganz citieren muss: „Es giebt zweifellos Vorkommnisse von genereller Röthung und Schuppung der Haut, welche ätiologisch und symptomatologisch nicht immer leicht zu individualisieren sind, die vorübergehende oder chronisch verlaufende, leicht oder mit schweren Symptomen einhergehende Erkrankungen vorstellen und die keinen der bisher besprochenen unter allgemeiner Röthung und Schuppung sich einstellenden Processen (erythema toxicum, pityriasis rubra, psoriasis, lichen ruber, pemphigus foliaceus universalis) darstellten oder wenigstens nicht leicht für einen derselben erkannt werden. Deshalb hat Besnier in einer übersichtlichen Betrachtung dieser Vorkommnisse vorgeschlagen, bis auf weiteres solche als Erythrodermia exfoliotiva zu bezeichnen, bis deren pathologische Klärung genommen wäre.

Einen Schritt hierzu glaubten Vidal und Brocq gethan zu haben, indem letzterer im Sinne des ersteren eine dermatite exfoliatrice généralisée oder maladie d'Érasmus Wilson (als einen von der eben genannten Gruppe?) als selbstständigen und wohlcharakterisirten

Krankheitsprocess beschreibt. Dieselbe entsteht ohne nachweisliche Ursache plötzlich, meist von den Gelenken aus als eine diffuse und rasch randständig fortschreitende erythematöse Hautentzündung, welche binnen wenigen Tagen bis Wochen universal wird und in gleichem Schritte zu meist grossblättriger Abschuppung führt. Die Krankheit endet nach zwei bis drei Monaten, oft auch erst nach fünf bis zwölf Monaten, in Heilung, nachdem dem ersten mehrwöchentlichen Ausbruche mehrere Nachschübe gefolgt sind, in Genesung. Ausfallen der Kopf-, zuweilen auch der Körperhaare und Trübung und Verlust einzelner, und auch aller Fingernägel ist constant zu beobachten, doch ersetzen sich erstere endlich dauernd. In intensiven Fällen kommen gastrische Erscheinungen, Diarrhoe, Erbrechen, Fieber, Albuminurie Iritis, Paraplegie vor und in einzelnen Fällen mit tödtlichem Ausgang. Ich (Kaposi) habe über eine solche Erkrankung keine persönliche Erfahrung, doch möchte ich bemerken, dass es chronisch recidivierende erythematöse und erysepeloide Dermatiden giebt, die Antoinfektionserscheinungen darstellen, von abgesackten pleuritischen und peritonealen Exfudaten und Eiterheerden, Athritiden und anderen Organerkrankungen, die vielleicht zu dem von Vidal und Brocq dargestellten Krankheitsbilde gehören."

Aus den letzten Worten klingt ein Zweifel heraus, ob die dermatite exfoliatrice généralisée wohl ein Recht habe, als eigenartige Krankheit aufgeführt zu werden, wie denn auch in dem Sachregister deren keine Erwähnung geschieht. In dem Lehrbuche von Max Joseph

(1895. II Auflage) finde ich gar keine Erwähnung der in Frage stehenden Erkrankung.

In dem Buche Wolfs (1893) gehört wohl Quinquaud's dermite aiguë grave primitive hierher, die Wolf in folgender Weise beschreibt: „Quinquaud beobachtete das Leiden in fünf Fällen. Die Krankheit beginnt meist akut, ist mit mässigem Fieber und leichtem Unwohlsein verbunden; am Gesicht oder am Scrotum tritt heftige Röthung auf, die sich bald zusammenhängend, bald zerstreut über den ganzen Körper erstreckt; dazu gesellen sich eczematöse, impetiginöse Eruptionen. Nach fünfzehn bis zwanzig Tagen tritt bedeutende Verschlechterung des Allgemeinzustandes ein; die Patienten werden ungemein hinfällig. Das Fieber steigt Abends bis 40° mit geringen Remissionen am Morgen. Die Pulsfrequenz beträgt 110—120; Die Haut zeigt jetzt eine allgemeine, scharlachähnliche Röthe, es entwickelt sich eine höchst ausgedehnte Exfoliation, oft in Gestalt breiter Lamellen. Zuweilen entsteht Hautödem, gleichzeitig mit der Haut werden die Schleimhäute befallen, es stellen sich Diarhoeen ein; auf der Mundschleimhaut bilden sich weisse Placques, die wie Pseudomembranen aussehen. Tritt Heilung ein, so besteht die Röthung und Schuppung der Haut noch drei bis sechs Monate lang, während der Reconvalescenz entwickeln sich Furunkeln, Ecthyma, manchmal Lähmungen. Das Fieber fällt ganz allmählich ab, ähnlich wie bei Abdominaltyphus; schreitet aber der Process fort, wie es Quinquaud bei dreien seiner fünf Kranken beobachtete, so steigt das Fieber bis zu 41°, die Patienten verfallen in einen somnolenten, adynamischen Zustand,

es entsteht decubitus und unter dem Bilde einer sepsis erfolgt nach zwei bis acht Wochen im Zustande allgemeiner Prostration der Tod. Bei der Sektion befand sich bei allen drei Fällen in der Cutis starke Hyperämie und hochgradige zellige Infiltration, namentlich um die kleinen Gefässe der Papillarschicht, sodann diffuse Myetitis und verbreitete parenchymatöse Degeneration der Hautnerven."

Ueber eigene Erfahrungen hat Wolf offenbar nicht zu berichten; der Name der dermatitis exfoliativa universalis kommt in seinem Lehrbuche nicht vor.

Etwas anders lautet die Angabe Lesser's in der neuesten Auflage seines Lehrbuches der Hautkrankheiten (1894), in der immerhin ausführlicher aus in früheren Auflagen berichtet wird.

„Bei Erwachsenen ist in sehr seltenen Fällen eine chronische Hauterkrankung beobachtet und als dermatitis exfoliativa bezeichnet worden, deren wesentlichstes Symptom eine übermässige Bildung von Epidermis und deren Abstossung in Gestalt grösserer und kleinerer lamellöser Schuppen ist. Besonders auffällig wird diese Abschuppung an den Flachhänden und Fusssohlen, überzieht aber schliesslich den ganzen Körper, und das daraus resultirende Bild ähnelt sehr dem Endstadium des pemphigus foliaceus, so dass die Unterscheidung, wenn nicht die vorhergehenden Phasen der Erkrankung beobachtet sind, ausserordentliche Schwierigkeiten bieten kann. Mit der dermatitis exfoliativa infantum sind diese Fälle jedenfalls garnicht in Zusammenhang zu bringen. — Die Prognose dieser Fälle ist ungünstig, indem unter

allmähliger Zunahme der Krankheitserscheinungen der Haut Marasmus und schliesslich der Tod eintritt. Eine andere als symptomatische Behandlung ist zur Zeit nicht bekannt."

Hier anzuschliessen ist eine ebenfalls als dermatitis exfoliativa — auch mit anderem Namen (dermite aiguë grave primitive, Quinquaud) — beschriebene, nach Art einer akuten Infektionskrankheit unter Fieber verlaufende Affektion, bei welcher rasch eine Röthung der gesammten Haut mit nachfolgender starker Abschuppung sich einstellt. Die Krankheit kann nach einem Verlaufe von einigen Monaten in Genesung enden, in einer geringen Anzahl von Fällen tritt indess der Tod ein. — Vielleicht gehören die von Savill als dermatitis exfoliativa epidemica beschriebenen Fälle — 163, von denen achtzehn starben, — hierher.

Dass Lesser aus eigener Beobachtung solche Fälle beschreibt, ist nicht ersichtlich; ebensowenig bei Unna, der in seiner grossen Histopathologie der Hautkrankheiten (Berlin 1894, achte Lieferung des Lehrbuches der speciellen pathologischen Anatomie von Orth) die dermatitis exfoliativa Wilson-Brocq und die dermatitis scarlatiniformis recidivans unterscheidet. In der klinischen Beschreibung folgt er wohl den Angaben Brocq's; eigene histologische Untersuchungen hat er wohl wegen Mangels an Beobachtungsmaterial nicht mitgetheilt.

Ganz anders stehen hervorragende französische Dermatologen der uns hier beschäftigenden Frage gegenüber. Besnier und Doyon (in ihrer ausgezeichneten, mit Noten versehenen Uebersetzung der III. Auflage

von Kaposi's Lehrbuch 1891), Vidal und Leloir (in ihrem traité descriptif des maladies de la peau, symptomatologie et anatomie pathologique 1789-93) Brocq (in seinem traitement des maladies de la peau avec un abrégé de la symptomatologie du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses 1892) sowie der vorhin erwähnte Quinquaud, dessen fünf unter anderer Benennung beschriebene Fälle wohl hierher gehören; sie alle beschreiben nach eigenen Erfahrungen und mit voller Sicherheit mehrere Arten einer echten primären dermatitis exfoliativa universalis; ja die Fülle ihrer Unterscheidungen hat für den von deutschem Lehrer und durch deutsche Lehrbücher Unterrichteten fast etwas Verwirrendes. Schaltet man ihre mehrfachen Formen der pityriasis rubra aus (so bei Brocq die pityriasis rubra chronique de Hébra, pityriasis rubra subaigu bénin, pityriasis rubra chronique bénin), die Dermatosen, die identisch sind den oben beschriebenen sekundären Formen am Ende rebellischer Hauterkrankungen; ferner ihre dermatite exfoliative des enfants à la mammelle, die Rittershain'sche Krankheit — so bleiben noch ihre éruptions généralisées rouges et desquamatives primitives. Ich folge nun Brocq's Angaben, zumal das anerkannte Haupt der französischen Dermatologen, Besnier, Brocq's Verdienste um die Klärung der Frage obenan stellt und weil dieses Autors Angaben jünger sind als die der anderen.

Brocq unterscheidet:

1. Erythème scarlatiniforme desquamatif.

„Je désigne sous ce nom," sagt der Autor, „une sorte de pseudo-exanthème, caractérisé par un début

assez franc, fébrile, simulant celui de la scarlatine, puis après un laps de temps variable (deux ou trois jours en moyenne), par une éruption d'un rouge plus ou moins intense, uniforme, parfois piquetée de points purpuriques, surtout aux membres inférieurs, qui tend assez rapidement à devenir généralisée, mais qui ne l'est pas toujours, et qui se localise alors surtout aux grands plis articulaires, au cou, aux parties latérales du tronc, à la paume des mains et à la plante des pieds. Trois ou quatre jours aprés l'apparition de cette éruption, et alors que la rougeur persiste encore, il se produit une desquamation sèche, lamelleuse, excessivement abondante, composée de squames de grandeurs variables suivant les divers points du corps; elles sont pityriasiques au visage, lamelleuses aux membres, elles forment aux mains des doigts de gant, et aux pieds de véritables sandales.

Parfois il survient une angine érythémateuse légère; la langue peut se dépouiller comme dans la scarlatine. Il se produit sur les ongles des rainures plus ou moins profondes, suivant l'intensité de la maladie; on a même vu tomber les ongles des mains et des pieds, plus rarement les cheveux.

La guérison est d'ordinaire complète en trois à six semaines, deux mois au maximum.

Un des caractères les plus curieux de cette dermatose est, qu'elle peut récidiver plusieurs fois; les poussées successives semblent dans ce cas devenir de moins en moins longues et sévères.

On ne sais rien de préeis sur son étiologie. Il est certain, que la prédisposition individuelle des sujets jour

un rôle majeur dans sa pathogénie. On a vu des éruptions identiques comme durée et comme aspect survenir à la suite d'ingestion de médicaments, du mercure en particulier. Il est probable, que la plupart des cas d'érythèmes scarlatiniformes desquamatifs décrits reconnaissent pour cause l'ingestion d'une substance toxique pour l'individu atteint en raison et d'une idiosyncrasie particulière. Cependent ils peuvent se produire aussi en dehors de toute influence médicamenteuse. Cette maladie n'est pas contagieuse, ce qui la différencie de la scarlatine, dont elle diffère d'ailleurs par la longue persistance de la rougeur, par l'abondance de la desquamation, qui commence à se faire avant la disparition de la rougeur et par l'absence des complications habituelles. Elle diffère des érythèmes scarlatinoides par sa durée et par l'internité des phémmènes éruptifs.

2. Dermatite exfoliative généralisée proprement dite ou subaigue.

La dermatite exfoliative généralisée est une maladie générale qui ne paraît pas être contagieuse et qui a une évolution cyclique (periode d'augment, d'état et de déclin). Elle est fébrile dans ses deux premières périodes avec maximum vespéral et la fièvre y offre le type continu rémittent. Le début est parfois soudain, rapide, plus souvent insidieux; on voit apparaître une ou plusieurs taches rouges prurigineuses, qui s'étendent et se généralisent à tout le corps en deux ou dix jours. A la période d'état, les téguments dans leur totalité ou dans leur presque totalité, sont envahis par une rougeur

intense; ils sont un peu épaissis, quelquefois même lardacés et comme tendus: quelques jours après l'apparition de la rougeur l'épiderme s'exfolie et dès lors commence une desquamation en fines lamelles nacrées, sèches, de dimensions très variables, mais qui ont en moyenne de deux à trois centimètres de longueur sur un centimètre à un centimètre et demi de largeur; elles se recouvrent parfois comme des tuiles de toit et reposent sur un fond rouge vif.

Les poils tombent presque toujours en totalité ou en partie: il en est souvent de même des ongles, qui sont tout ou moins altérées et présentent de profonds sillons transversaux. A certaines périodes de la maladie et en certains points du corps, surtout sur les plis articulaires, il peut se produire un suintement plus ou moins abondant, d'une extrême fétidité et dès lors l'éruption simule l'eczéma. Quelquefois on voit survenir des bulles pemphigoïdes, des pustules, des furoncles, de la séborrhée, des cônes circumpilaires. Les démangeaisons sont un phénomène presque constant; il en résulte des excoriations et du suintement. Les malades éprouvent aussi assez souvent une sensation pénible et fort intense de cuisson ou de chaleur; ils ont froid dès qu'on les découvre.

Les muqueuses peuvent être prises. Nous avons noté des conjonctivites, des coryzas, des stomatites, des phénomènes de glossite superficielle; les ganglions sont souvent tuméfiés. Comme complication nous signalons du anthrax, des abcès, de véritables plegmons, des escarres, de la surdité, de l'iritis, des manifestations

articulaires, des complications cardiaques, des paralysies partielles, des paraplégies, de l'obnubilation intellectuelle.

Quand elle est bénigne, la maladie évolue en trois ou quatre mois, quand elle est intense, en cinq ou six mois; quand elle est prolongée par des complications graves ou par des poussées successives, elle met de six à dix mois et même un an pour arriver à la guérison complète. Il persiste souvent pendant longtemps après la disparition de la rougeur et de la desquamation, de la pigmentation marquée des téguments.

La dermatite exfoliative généralisée peut aussi se terminer par la mort vers le troisième ou le quatrième mois avec diarrhée, épuissement graduel ou complication grave, surtout du côté des poumons. Les rechutes et les récidives sont possibles.

3. Dermatite exfoliative généralisée chronique.

Je crois pouvoir décrire à côté de la forme typique ou subaigue de la dermatite exfoliative généralisée une forme chronique de la même maladie.

Elle est caractérisée:

1. Par une période de début fort longue, pendant laquelle l'affection simule l'eczéma et s'étend progressivement.
2. Une période également très longue d'état, pendant laquelle elle présente les principaux caractères objectifs de la dermatite exfoliative typique rougeur absolument généralisée et infiltration du derme, desquamation incessante et très abondante en grandes lamelles, chute des poiles,

lésions et chute des ongles, engorgements ganglionnaires, complications telles qu'absces, amblyopie, surdité etc.

3. Enfin une période de déclin, pendant laquelle la desquamation et la rougeur disparaissent peu à peu en laissant une pigmentation brunâtre, laquelle ne s'efface que fort lentement. La durée est de plusieurs années.

Ich will nur kurz erwähnen, dass ich den Ausführungen Radkliffe Crocker's, dessen Lehrbuch ich allein von englischen über dieses Kapitel gelesen habe, nicht zu folgen vermag. Er wirft alle Formen der primären wie der sekundären dermatitis exfoliativa universalis, deren Beschreibungen er genau kennt und deren Verfasser er citirt, zusammen, nennt sie alle pityriasis rubra, führt als Synonyma damit an: dermatitis exfoliativa, pityriasis rubra aiguë Devergie's, erythrodermie exfoliante Besnier's. Ich glaube, dass die Frage nicht vereinfacht, sondern verwirrt wird, wenn man z. B. die pityriasis rubra Hebra's zugleich mit den toxischen universellen Erythrodermien abhandelt.

Dass in Amerika eine dermatitis exfoliativa, die ausdrücklich von Hebra's pityriasis rubra unterschieden wird, als eigene Krankheit angeführt wird, geht aus einem eben erschienenen Aufsatz hervor, der Herrn Professor Caspary von dem Autor zugeschickt wurde: The President's address before the American Dermatological association at the twenty-first annual meeting at Washington, May 4, 1887. By James C

White. M. D. — Reprinted from the journal of cutaneous and genito-urinary diseases, from August 1897.

Ich kehre nun zu der Differenz der Ansichten zwischen deutschen Autoren, besonders dem Erfahrensten unter ihnen, Kaposi, und den Wortführern der französischen Dermatologie zurück. Ich werde sogleich die hier an soviel kleinerem Material gemachten Erfahrungen mittheilen, deren eine Hälfte ich mitansehen konnte, und kann darnach nicht zweifeln, dass Kaposi viel mehr solcher Fälle gesehen und anders gedeutet haben muss. Ich will gleich hinzufügen, dass die histologischen Bilder in solchen Fällen für gewöhnlich nicht gut die Entscheidung bringen könnten; Solche Bilder sind beschrieben und gezeichnet in dem Werke von Vidal und Leloir, das darum vielfach als Atlas bezeichnet wird. Deutliche Unterscheidungszeichen von anderen Dermatitiden, mit denen man den Zweiflern an einer primären dermatitis exfoliativa universalis und damit Kaposi entgegentreten könnte, sind meines Erachtens von jenen Autoren nicht gegeben worden. Da auch ätiologisch nichts bekannt ist, bleiben wir eben auf die klinischen Merkmale angewiesen.

Fall I.

Gustav Fischer, 42 Jahre alt, Arbeiter, Königsberg, kam am 19. Juni 1897 in die hiesige Poliklinik für Hautkranke. Nach der Angabe des Kranken, die von seiner Frau in allen Punkten bestätigt wurde, war er bis vor neun Wochen vollkommen gesund gewesen. Von Jugend auf hatte er am rechten Ellbogen eine markstückgrosse, trockene Flechte gehabt, die in dieser Grösse alle die Jahre hindurch unverändert geblieben war, und

die ihm bis auf hin und wieder eintretendes Jucken nie Beschwerden gemacht hatte. Vor neun Wochen war nun ohne bekannte Veranlassung vom rechten Arme aus eine Röthung und Schwellung der Haut ausgegangen, die sich in wenigen Wochen über den ganzen Körper ausdehnte. Ob die Röthung gerade vom Ellbogen ausging, weiss weder der Kranke noch seine Frau anzugeben. Sie sagen nur übereinstimmend, dass die Hautentzündung täglich über grosse Strecken fortschritt, bis sie die gesammte Haut befallen hatte. Auf direktes Befragen bestreiten sie irgend Aehnliches der ihnen genau beschriebenen psoriatischen Primäreffloreszenzen gesehen zu haben. In den ersten Wochen war der Kranke nach der Beschreibung fieberhaft, ohne dass die Symptome je eine beunruhigende Gestalt annahmen. Nach der Entfieberung, die dem Berichte nach wenige Wochen später stattfand, blieb der Kranke doch ausser Thätigkeit und in der angeblich ziemlich indifferenten Behandlung des Kassenarztes, bis er an dem vorhergenannten Tage die Poliklinik aufsuchte. Hier fanden wir einen vollkommen fieberfreien Mann, dessen Funktionen kaum etwas zu wünschen übrig liessen, bis auf das allerwärts starke Hautjucken und den dadurch gestörten Schlaf. Die Beschreibung des Hautzustandes, die ich dem poliklinischen Journal entnehme, ist ganz kurz: Die ganze Haut ist ohne jede Ausnahmestelle ziemlich dunkel geröthet, überall etwas infiltrirt und von der Unterlage schwerer als normal abhebbar. Sie ist buchstäblich vom Wirbel bis zu den Fingerspitzen und zu den Zehen mit Schuppen bedeckt, die meist

grossblättrig sind, zu einer Hälfte festsitzen, mit der anderen frei flottiren. Nirgends eine Spur von Knötchen, Bläschen, Pusteln oder Nässen. Nur wo man die festsitzenden Schuppen abreisst, sickert eine Spur Flüssigkeit aus. Sämmtliche Lymphdrüsen des Körpers, die palpabel waren, fanden sich geschwollen, bei Druck kaum empfindlich, so die inguinalen, die am oberen Theile des Oberschenkels gelegenen, die cubitalen, axillaren, die seitlichen Halsdrüsen, die postauricularen u. s. w. — Der Kranke erfreute die Poliklinik nur in unregelmässigen Intervallen mit seinen Besuchen. Aber unter dem Gebrauche von asiatischen Pillen in steigender Zahl und erweichenden und deckenden Salben (Diachylon- und Borsalbe) schwanden Schuppen, Hautröthung und Infiltration sichtlich. Ende August war die Haut vollkommen rein, von normaler Farbe und ohne alle Schuppen, nur fühlte der Kranke sich geschwächt, sah anämisch aus und klagte viel über Husten. Am 31. Oktober 1897 kam er wieder in die Poliklinik mit der Klage, dass seit einigen Wochen das Leiden an Handtellern und Fusssohlen wieder begonnen habe. An diesen Stellen fand sich in der That eine ganz geringe pityriasiforme Abschilferung ohne eine sonstige Veränderung der Haut. Sie war überall von normaler Farbe ohne alle Infiltration; nirgends waren Effloreseenzen sichtbar, und auch von der alten, wahrscheinlich psoriatischen plaque am rechten Ellbogen war keine Spur geblieben. In beiden Leisten und beiden Achseln waren noch eine ganze Anzahl geschwollener Drüsen fühlbar, die in den Leisten sogar deutlich prominirten. Der Mann war noch recht anämisch

und fühlte sich arbeitsunfähig. Die wegen seiner Klagen über Husten untersuchten Lungen ergaben keine Veränderungen des Schalls und Athemgeräusches.

Ich glaube nicht, dass die allgemeine Hautentzündung und Abschilferung in irgend welchen Zusammenhang gebracht werden kann mit der wahrscheinlichen Psoriasis am rechten Ellbogen. Ich glaube auch nicht, dass nach dem Befunde, den wir konstatirten, und nach dem Berichte des Kranken eine andere Diagnose gestellt werden kann, als die der dermatitis exfoliativa universalis. Bedauerlich bleibt es ja, dass die Beobachtung so spät einsetzte.

Fall II.

Die vierjährige Auguste Gringel, Arbeiterstochter aus Wöterkeim, Ostpreussen, wurde am 21. Oktober 1897 in die Poliklinik gebracht. Das kräftig gebaute, ihrem Alter entsprechend grosse Mädchen bot insofern einen ganz ähnlichen Anblick dar wie der vorhin geschilderte Kranke, als die ganze Körperhaut ohne irgend eine Ausnahmestelle geröthet, infiltrirt und mit meist grossblättrigen Schuppen bedeckt war. Auch in diesem Falle waren die Schuppen zum grossen Theile halbseitig adhärent, zur anderen Hälfte abgelöst und frei flottirend. Daneben fanden sich viele, ganz gelöste Schuppen, so dass in den Kleidern und zu Füssen des entkleideten Kindes sich kleine Haufen ansammelten. Auch in diesem Falle fand sich nirgend an der Haut irgend eine Efflorenscenz, kein Knötchen oder Bläschen oder Püstelchen. Nirgend fand Nässen statt, aber wenn man die halb-

gelösten Schuppen oder noch fester adhärirende mit Gewalt entfernte, so sickerte eine Spur Flüssigkeit nach. Einen grossen Unterschied von dem früheren Falle zeigten jedoch die unteren Lider des Kindes, die mässig ektropionirt waren. Natürlich war die freiliegende Schleimhaut etwas geröthet; da aber weder die Schleimhaut der oberen Lider noch die conjunctiva bulbi auch nur die geringste Röthung zeigten, so war jene wohl nur die Folge des Freiliegens. Beim Schlusse der Augen, so im Schlafe, blieb eine ziemlich grosse Spalte zwischen den Lidern offen. — Nach Angabe der Eltern war das Kind bis vor einem Jahre vollkommen gesund. Dann habe die Röthung, Schwellung und Schuppung von den Armen begonnen und sich schnell über die ganze Haut ausgebreitet. Ob eine Felderung der Haut, wie sie bei Fischen und Schlangen den Eltern wohl bekannt war, sich je bei dem Kinde gezeigt habe, war nicht festzustellen. Jedenfalls fanden wir bei der Untersuchung auch der Stellen, wo die Schuppen eben abgefallen waren, keinerlei ichthyotische oder ichthyosenähnliche Hautzeichnung. Das Kind, das seitdem sorgsam beobachtet ist, befand sich im übrigen vollkommen wohl, bis auf eine gewisse Neigung zum Frösteln, auch wenn es bekleidet oder im Bette war. Ich bemerke dabei, dass die Hautröthung keinen merkbaren Stich ins Bläuliche zeigte. Der Appetit war nicht sonderlich, was sich vielleicht dadurch erklärte, dass das an freies Umherlaufen auf dem Lande gewohnte Kind nunmehr in der Stube und fast dauernd im Bette verweilte. Die Organe und

Funktionen des Kindes waren sonst normal; der Urin klar und frei von fremden Bestandtheilen.

Es lag nun der Gedanke nahe, ob hier unter dem Bilde der dermatitis exfoliativa universalis doch vielleicht eine ichthyosis verborgen sei. Die Ektropien erinnerten an die Formen der ichthyosis congenita, wie sie auch in einem Falle von Lang bei zwei anscheinend gesund geborenen Geschwistern sich bald danach entwickelt hatten. Die Haut um den Mund war wohl etwas in Falten gelegt, ohne dass es zu einer Verziehung geführt hätte. Es wäre ja nicht undenkbar, wenn auch bisher unbekannt, dass auch bei viel späterer Entwickelung des Hautleidens eine Retraktion der Lider eintreten könnte, ähnlich der Schrumpfung bei ichthyosis foetalis. Dass sich dass Hautleiden in diesem Falle erst nach Ablauf des dritten Jahres einstellte, dass die von Schuppen eben befreite Haut keine Felderung aufwies, wäre noch kein vollgültiger Beweis gegen das Vorhandensein einer ichthyosis. War doch auch in den beiden von Professor Caspary beobachten und in dem Archiv für Dermatologie 1886 veröffentlichten Fällen von ichthyosis congenita die charakteristische Zeichnung nur stellenweise vorhanden. Zur Sicherung der Diagnose gehörte vor allem die histologische Untersuchung eines Hautstückchens und das makroskopische Bild der Haut nach Entfernung der Schuppen. Von der Haut des rechten Vorderarmes nahe der Ellenbeuge wurde ein erbsengrosses Stückchen excidirt, in Alkohol gelegt und nach Anlegung von kleinen Schnitten mit Pikrocarmin gefärbt; dasselbe geschah mit einem anscheinend normalen Haut-

stückchen, das von derselben Stelle der Leiche eines eben verstorbenen, gleichaltrigen Kindes entnommen war; der Vergleich der beiden Präparate zeigte nun eine ausserordentliche Differenz in der Dicke der Hornschicht, die in dem von Auguste Gringel herrührenden Präparate nahezu dreimal so mächtig war wie in dem anderen Falle. Wie dies zu der Diagnose der Ichthyosis gut stimmte, so fand sich auch nach der leicht gelungenen Entfernung der Schuppen in unserem Falle eine deutliche ichthyosenähnliche Felderung, freilich nur an kleinen, verstreuten Stellen.

Zwei weitere Fälle von echter oder anscheinender dermatitis exfoliativa universalis habe ich selbst nicht beobachten können. Ich verdanke ihre Kenntniss Herrn Professor Caspary, der sie nicht allein behandelt hat, sondern zur Beobachtung, zur Mit- und theilweisen Nachbehandlung von der Direktion der hiesigen medizinischen Klinik aufgefordert war. Herrn Geheimrath Lichtheim danke ich bestens für die gütige Erlaubniss, die beiden Journale der Klinik benutzen zu dürfen. Ich gebe zunächst das Journal des ersten hierher gehörigen Falles wieder.

Fall III.

Marie Sellin, 33 Jahre, Schneiderin aus Wanagupschen bei Gumbinnen, wurde am 21. XI. 1889 in die medizinische Klinik aufgenommen.

Anamnese: Der Vater der Patientin ist an Magenkrebs gestorben; die Mutter sowie acht Geschwister leben und sind gesund. Patientin will stets gesund gewesen sein, nur zuweilen hat sie über Brustschmerzen

geklagt, angeblich von ihrer Beschäftigung als Schneiderin herrührend. — Einige Wochen vor Weihnachten 1888 bekam Patientin hin und wieder ein wie eine graue Erbse grosses Bläschen, das mit trüber, weisslicher Flüssigkeit angefüllt war und ziemlich stark juckte. Wenn Patientin die Bläschen aufgekratzt hatte oder sie von selbst aufgesprungen waren, bildeten sich auf der betreffenden Stelle Borken; acht Tage ungefähr dauerte es, bis ein Bläschen von selbst aufsprang. Die Bläschenbildung fand sich zuerst auf der Brust, schritt von da auf Unterleib, Rücken und Beine, zuletzt auf Arme und Gesicht fort. Zuerst entstanden immer Blasen, dann erst die Borkenbildung, wie sie jetzt besteht. Die Bläschen sprangen in letzter Zeit schon immer nach zwei- bis dreitägigem Bestand. Der ganze Process entwickelte sich innerhalb von drei bis vier Wochen (Generalisirung). Vor Weihnachten 1888 war schon der ganze Körper mit Borken bedeckt. Beuge- und Streckseite der Extremitäten wurden zu gleicher Zeit und in gleicher Intensität befallen. Patientin verspürte ein ziemlich heftiges Jucken; Haare fielen nicht aus, obwohl sich die Schuppenbildung in letzter Zeit auch auf die behaarte Körperhaut erstreckte. Seit August des Jahres kann Patientin auf beiden Ohren schlechter hören.

Haut spannt sehr, Patientin kann deshalb schlecht essen, schlecht die Augen schliessen.

Appetit sehr gut; es wird über grossen Durst geklagt.

Stuhlgang regelmässig, fest, seit zwei Tagen etwas diarrhoischer Stuhlgang. Patientin ist seit dem sieb-

zehnten Lebensjahre regelmässig in vierwöchentlichen Intervallen menstruirt worden. Seit dem Beginne der jetzigen Erkrankung (Weihnachten 1888) sind die Menses ausgeblieben.

Status praesens: Mittelgrosse ziemlich kräftig gebaute Patientin in schlechtem Ernährungszustande mit dürftiger Muskulatur und Pannus.

Die Haut ist am ganzen Körper in grossen Schuppen abgehoben; wo diese Schuppen noch haften, sind sie mit leichter Mühe abzuziehen, die von ihnen eben befreiten Hautstellen nässen, das Sekret ist weisslich trübe, eiterähnlich.

Die Farbe der Haut ist durchgängig geröthet. Sie fühlt sich derbe an. An der Streckseite der Füsse haben die Schuppen einen borkigen Charakter angenommen. Die Oberfläche ist reibeisenartig rauh, die einzelnen Hautschuppen sind verdickt, derb und schwerer ablösbar als am übrigen Körper. Von den plantae pedis gilt dasselbe. — Die Verbreitung der Affektion ist eine über den ganzen Körper gleichmässige. Beuge- und Streckseiten der Extremitäten, dorsum und planta von Hand und Fuss, Gesicht, sogar die Kopfhaut percipiren völlig gleichmässig an der Krankheit.

Die Augenlider sind infiltrirt und starr, so dass Patientin es weder zur maximalen Oeffnung noch Schliessung derselben bringt. Bei der Schliessung bleibt namentlich das untere Augenlid zurück; es besteht ein geringer Grad von Ektropium. Die Cilien sind völlig verloren gegangen, am oberen Augenlide stehen sie in ungleicher Vertheilung hier büschelförmig dort dünn gesät.

Der Mund kann ebenfalls nur unvollkommen geöffnet werden; die sichtbare Schleimhaut liegt frei, die Zunge ist etwas trocken, unbelegt, an der Spitze mit etwas geschwellten, dicht stehenden Papillen besät.

Die Kopfhaare stehen ziemlich dicht, enthalten viele Partikelchen der Borkenmassen, sie haften nicht fest in der Kopfhaut, sondern sind leicht auszureissen.

Im Ohre ist der meatus auditorius externus durch die starke Schwellung und Infiltration in seinem lumen bedeutend reduciert.

Temperatur: subfebril 37,5—38° C.

Puls: regelmässig, ziemlich kräftig, von etwas erhöhter Frequenz (90).

Appetit: gut.

Urin enthält ein reichliches Uratsediment, ist von geringer Menge; kein Eiweiss, kein Zucker.

Untersuchung der inneren Organe. Auskultation und Perkussion der Lungen ergiebt nichts Abnormes.

Herzgrenzen sind nicht verbreitert, an der Spitze ist ein leichtes systolisches Geräusch hörbar.

Abdomen ergiebt keine Verbreiterung der Leber- und Milzdämpfung. Palpation ist nicht möglich wegen der derben Hautinfiltration.

Am 23. XI wird Patientin mit unguentum diachylon eingerieben und ein leicht comprimirender Verband angelegt.

25. XI. Bei Abnahme des Verbandes zeigt sich eine wesentliche Besserung. Hautschuppen lösen sich

leicht ab; der grösste Theil der Haut auf Brust, Armen und Beinen befindet sich nicht mehr unter Schuppen; doch ist die Haut noch intensiv geröthet.

27. XI. Patientin erhält eine Salbe (Bleiglätte 6 % Essigsäure und Leinöl) und wieder einen leicht comprimirenden Verband. Es werden ausser Gesicht, Brust und Rücken auch beide Beine eingerieben. Temperatur erhöht, Abends 38,4 ° C.

30. XI. Täglicher Verbandwechsel; Besserung ist zu bemerken. Patientin fühlt sich wohler, Appetit ist reger; Urin kein Albumen.

3. XII. Täglicher Verbandwechsel. Die Abendtemperatur ist stets über 37,5 °. Das Allgemeinbefinden ist gut. Die Spannung um den Mund hat aufgehört. Patientin kann den Mund weit öffnen. Die Haut des ganzen Körpers ist jetzt frei von Schuppen, nirgends nässend. An einzelnen Stellen, namentlich an Armen und Beinen sieht man unter der abgekratzten Salbe eine leichte, zarte Rosafarbe der neugebildeten Haut. Im Gesichte um den Mund herum bleiben die Borken bestehen.

8. XII. Temperatur und Puls normal, Heilung bei täglichem Verbandwechsel im Fortsschritt begriffen.

12. XII. Täglicher Verbandwechsel. An den Beinen zeigen sich einzelne Stellen normaler Haut; die Heilung des übrigen Körpers schreitet vorwärts. Nur wenige Stellen nässen nach Abhebung der Hautschuppen.

17. XII. Jeden dritten Tag wird der Verband gewechselt. Nach der Abnahme wird ein Bad gegeben. Temperatur und Puls sind normal geblieben. Es ist

eine wesentliche Besserung eingetreten. Allgemeinbefinden ist gut.

20. XII. Beim Verbandwechsel zeigt sich eine wesentliche Besserung; an einzelnen Stellen, besonders an den Beinen und Armen völlig normale Haut sichtbar, an anderen Stellen tritt nach Abziehung der Hautschuppe geringes Nässen ein. Der Allgemeinzustand ist gut. Temperatur und Puls sind normal. Die Borken um den Mund werden abgekratzt, die Haut unter ihnen blutet leicht; die Haut wird mit Salbe eingerieben.

27. XXII. 89. Die Temperatur beträgt 38,4°. Patienten hat keine weiteren Beschwerden; objektiv lässt sich nichts nachweisen. Puls normal, Allgemeinzustand befriedigend.

3. I. 90. Die Temperatur steigt, nachdem sie die Tage vorher normal gewesen war, auf 38,6°. Patientin klagt über Kopfschmerzen, Husten und Schnupfen. Die Expektoration ist sehr gering. Im Urin findet sich Urobilin vor.

4. I. 90. Temperatur 37,8—38°. Die Beschwerden halten an.

5. I. 90. Temperatur 37,6—38,2°, es tritt keine wesentliche Aenderung auf.

6. I. 90. Temperatur 37,8—38,9°, Stuhl diarrhoisch; im Sputum nichts Abnormes; Urin meist kein Albumen auf.

7. I. 90. Die Temperatur steigt bis 39° an; Patienten klagt noch immer über Kopfschmerzen, Husten und schleimig-eitrigem Auswurf. Untersuchung desselben

ergiebt nichts Abnormes. Patientin erhält Inf. rad. Ipec. 0,6/180,0 Syr. simpl. 20,0.

10. I. 90. Die Temperatur ist fieberhaft erhöht. Der Husten ist leichter; im Urin ziemlich reichlich Urobilin.

11. I. 90. Temperatur steigt bis 39°. Patientin hat einen äusserst heftigen Schnupfen; über den Lungen ein diffuser Catarrh.

13. I. 90. Status idem. Die Heilung des Exanthems geht langsam vor sich. Im Gesicht wird Patientin behandelt mit Oleum rusci, 2,0 Vasel. flar. 20,0.

15. I. 90. Temperatur ist etwas erhöht 37,6°; der Husten ist leichter, der Auswurf geringer. Im Urin Urobilin.

20. I. 90. Patientin fühlt sich besser.

27. I. 90. Die Heilung der Hautkrankheit schreitet langsam vorwärts; Husten und Expektoration sind sehr gering. Die Temperatur ist normal.

2. II. 90. Eine wesentliche Besserung der dermatitis ist in den letzten Tagen nicht zu constatiren. Das Gesicht wird mit unguentum diach. eingerieben. Patientin hustet etwas, expektorirt wenig schleimiges Sputum. Untersuchung desselben auf Tuberkelbacillen ergiebt ein negatives Resultat.

12. II. 90. Im Gesicht treten wieder einige Borken auf. An den Armen sind ebenfalls mehrere, stark verdickte borkenähnliche Stellen vorhanden. Temperatur und Puls sind normal. Appetit gut; die Patientin fühlt sich wohl.

17. II. 90. Patientin hat leichte Oedeme an beiden Beinen. Im Urin findet sich eine Spur von Albumen; Patientin fühlt sich jedoch sonst wohl; sie hustet hin und wieder und wirft ein spärlich schleimiges Sputum aus. Appetit gut, Stuhlgang regelmässig.

22. II. 90. Die Haut des ganzen Körpers hat ein annähernd gesundes, blassröthliches Aussehen, ist nicht mehr infiltrirt. Nur an den Händen sind wieder blasige Abhebungen auf nässender Basis in spärlicher Anzahl zu bemerken. Im Gesicht sind um den Mund herum die Verschorfungen unbeeinflusst geblieben. Der übrige Theil der Gesichtshaut ist leicht schuppend, doch sind keine derben Infiltrationen zu bemerken, die Haut über den Augenlidern ist geschmeidiger. Patientin verlässt gebessert die Klinik.

In diesem Falle kann man sicher darüber streiten, ob ein Pemyhigus, vulgaris oder foliaceus, die Grundursache der dermatitis exfoliativa universalis bildet. Sicher würde wohl Kaposi diesen Fall derart auffassen. Wenn man bedenkt, dass die Patientin keine Angaben darüber zu machen wusste, ob die Blasen auf anscheinend, gesunder oder weithin gerötheter Haut aufsprangen, ob überhaupt eine universelle Hautröthung vorhanden gewesen sei; dass ferner in der oben gegebenen Schilderung Brocq's, unter den Angaben aller oben genannten französischen Dermatologen Bläschen- und Pustelbildungen als häufige Interkurrenz in dem Bilde der dermatitis exfoliativa universalis angegeben werden, so bleibt die Diagnose zum mindesten unentschieden. Ich wäre geneigt, anzunehmen, dass ein Pemphigus nicht vorgelegen hat.

Fall IV.

Abraham Midlarski, 34 Jahre, Kaufmann, Russe, wurde am 10. VII. 1886 in die hiesige medizinische Klinik aufgenommen.

Anamnese. Der Vater des Patienten starb an unbekannter Krankheit, mehrere Geschwister desgleichen, die Mutter lebt und ist gesund. Als Kind machte Patient die Masern durch. Ob sich an dieselben Nachkrankheiten anschlossen, weiss er nicht anzugeben. Vor etwa vier Jahren litt er an einer Anschwellung des ganzen Körpers, die innerhalb vier Wochen zurückging, nachdem Patient auf Rath eines Arztes viel Milch getrunken hatte. Seit mehreren Jahren will Patient an Verdauungsbeschwerden leiden. Er hat immer schlechten Appetit und Stuhlgang gehabt; letzterer ist mitunter ziemlich fest, so dass Patient öfter Abführmittel gebrauchen musste. — Die jetzige Krankheit begann vor ungefähr vier Wochen. (10. VI. 86.) Es zeigten sich auf dem ganzen Körper, ausser dem Gesicht, etwa einmarkstückgrosse, rothe, nicht über die Haut erhabene Flecken. Gleichzeitig schwoll das Zahnfleisch an. Dasselbe war bei Berührung schmerzhaft und blutete leicht. Nach zweitägigem Bestehen verschwanden die rothen Flecken, während die Affektion des Zahnfleisches bis heute bestehen blieb. Vor etwa vierzehn Tagen (Ende Juni) bekam Patient am ganzen Körper (auch im Gesicht) einen rothen Ausschlag, der sehr juckte. Vor sechs Tagen (5. VII.) zeigte sich eine Anschwellung im Gesicht. Fieber hat Patient angeblich nie gehabt. Lues wird geleugnet.

Nachträglich giebt Patient an, dass er schon seit mehreren Jahren öfter an Husten mit ziemlich reichlichem, schleimigem, nie blutigem Auswurfe leidet. Athemnoth oder Herzklopfen hat er nie gehabt, ebensowenig Nachtschweisse. Am Urin ist ihm aufgefallen, dass derselbe seit acht Tagen eine sehr dunkle Farbe angenommen hat.

Status praesens: Grosser, kräftig gebauter Patient von starkem Knochenbau, in gutem Ernährungszustande.

Haut: trocken, heiss. — Am ganzen Körper ist die Haut bedeckt von einem rothfleckigen, scharlachähnlichen Ausschlage. Im Centrum der rothen Flecken, befinden sich theils knötchenförmige, theils bläschenförmige Erhebungen. — An den Beinen ist der Ausschlag an vielen Stellen hämorrhagisch. Im Gesicht ist die Haut mit gesprungenen Epidermisschilferungen und eingetrocknetem Sekret bedeckt. Die ganze Haut ist verdickt und geschwollen, besonders im Gesicht um die Augen herum. Das Zahnfleisch ist geröthet und geschwellt. Die ganze Mundschleimhaut ist gleichfalls bedeckt mit kleinen weisslichen Knötchen.

Die Zunge ist belegt. Auf ihr sitzen dieselben Knötchen.

In beiden Leistenbeugen und in den Axillem fühlt man geschwollene Lymphdrüsen.

Die Temperatur beträgt 39° C.

Puls ist regelmässig, etwas beschleunigt (100).

Thorax: normal gebaut; Athmung beschleunigt, es besteht etwas exspiratorische Dyspnoe.

Lungen: die Perkussion ergiebt überall normalen Schall und normale Grenzen. Bei der Auskultation hört man vorne beiderseits Pfeifen und Giemen, hinten sind ausserdem zahlreiche trockene und feuchte Rasselgeräusche vorhanden.

Herz. Dämpfung ist nicht vergrössert. Spitzenstoss im fünften Interkostalraum innerhalb der Mammillarlinie; Töne rein.

Abdomen normal, nicht druckempfindlich.

Leber. Die Dämpfung ist etwas vergrössert. Rand nicht sicher palpabel.

Milz. Die Dämpfung ist stark vergrössert; der Rand ist deutlich fühlbar.

Stuhlgang: normal.

Urin specifisches Gewicht 1018; eine Spur Albumin, kein Zucker.

11. VII. Die Temperatur geht allmählich herunter, ist aber noch immer fast 39°. Das Allgemeinbefinden ist gut. Im Gesicht sterke Abschilferung. Die Geräusche über der Lunge sind nicht mehr so stark.

14. VII. Die Temperatur ist fast normal. Andauernd gutes Allgemeinbefinden. Der Catarrh ist bedeutend zurückgegangen; ebenso die Schwellung der Haut.

16. VII. Normale Temperatur; der Ausschlag beginnt sich überall abzuschilfern. Patient verlässt die Klinik, um poliklinisch weiter behandelt zu werden.

Am 18. Juli kam Patient in die Poliklinik für Hautkranke, der er nach seiner Entlassung durch Herrn Geheimrath Lichtheim überwiesen war. Hier konnte er nur während acht Tagen beobachtet werden, da er

dann erklärte, nach Hause reisen zu müssen. Während dieser acht Tage war der Patient vollkommen wohl, seine Haut war überall leicht geröthet und durchweg vom Kopf bis zu den Füssen mit feinen Schuppen bedeckt. Bei den ungünstigen Verhältnissen, in denen der mittellose Patient nun lebte, fand man Ende der Beobachtungswoche eine erneute Schwellung und verstärkte Röthung der Haut statt, besonders an den Unterschenkeln. Auch begann die Schuppung reichlicher und grossblättriger zu werden. Knötchen, Bläschen oder Blasen hatten sich in diesen Tagen nirgends gebildet; ebensowenig Hämorrhagien der Haut.

Ich glaube auch diesen Fall nichts anders auffassen zu können denn als dermatitis exfoliativa universalis im Sinne der französischen Autoren.

Es blieben demnach von den vier mitgetheilten Fällen der erste und letzte unter der Diagnose einer primären, echten dermatitis exfoliativa universalis. — Der zweite gehört wahrscheinlich zur Ichthyosis, der dritte möglicherweise zum Pemphigus. Somit glaube ich annehmen zu müssen, dass in sehr seltenen Fällen die dermatite exfoliative généralisée der Franzosen zu Rechte besteht.

Litteratur.

1. Archiv für Dermatologie 1883.
2. Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten III. Auflage 1887.
   „ „ „ „ IV. Auflage 1893.
3. Besnier und Doyon: Uebersetzung der III. Auflage von Kaposi's Lehrbuch 1891.
4. Vidal und Lolvoir: traité descriptif des maladies de la peau, symptomatologie et anatomie pathologique 1889-93.
5. Brocq: traitement des maladies de la peau avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses 1892.
6. Radkliffe Crocker: diseases of the skin 1893.
7. Wolf, Lehrbuch für Hautkrankheiten 1893.
8. Lesser, Lehrbuch für Dermatologie 1894.
9. Max Joseph, Lehrbuch für Hautkrankheiten 1895.

Thesen.

1. Die Gypshanfschiene ist dem circulären Gypsverband vorzuziehen.
2. Bei der Behandlung der Cholera ist symptomatisch hauptsächlich die Diarrhoe zu bekämpfen, ohne gegen die Krankheitserreger vorzugehen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Bruno Czibulinski, evangelischer Konfession, wurde am 9. März 1873 zu Bischoffsburg, Kreis Sensburg, geboren. Er besuchte in Königsberg das Königliche Waisenhaus in den Jahren 1880—90, darauf das Königliche Friedrichs-Kollegium von 1890—92. Nach dem Ostern 1892 absolvirten Abiturientenexamen bezog er die Albertina, um Medizin zu studiren. Am 3. November 1894 bestand er das tentamen physicum, am 23. Mai 1897 das med. Staatsexamen, am Donnerstag den 16. December 1897 das Examen rigorosum vor der Prüfungskommission zu Königsberg. Er besuchte die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Askanazy, H. Braun, M. Braun, Caspary, A. v. Eiselsberg, E. v. Esmarch, Hermann, Jaffe, v. Kryeziwieki, Lange, Lichtheim, Mesehede, Nauwerck, Neumann, Rosinski, Sehneider, Stetter, Stieda, Zander.

Allen diesen seinen verehrteu Herren Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigen Dank aus.